

## 귀하의 청문회 권리

귀하는 카운티의 결정에 동의하지 않을 경우, 청문회를 신청할 권리가 있습니다. 청문회는 90 일 이내에 신청하셔야 합니다. 90 일의 기간은 카운티가 직접 또는 우편으로 이 통지서를 귀하에게 보낸 다음날로부터 시작됩니다.

귀하가 현금보조 (Cash Aid), 메디-칼 (Medi-Cal), 식품교환권 (Food Stamps), 또는 유아교육 (Child Care)등에 대한 결정이 내려지기 이전에 청문회를 신청하실 경우:

- 귀하의 현금보조 또는 메디-칼 혜택은 귀하가 청문회를 기다리는 기간 중 변함이 없습니다.
- 귀하의 유아교육 서비스는 귀하가 청문회를 기다리는 기간 중 아마도 변함이 없을 것입니다.
- 귀하의 식품교환권은 청문회의 날 또는 증명기간의 종료일중에서 어느 날이던 먼저오는 그날까지는 변함이 없습니다.

만일 청문회의 결과 우리가 카운티의 결정이 옳았다면, 귀하는 현금보조, 식품교환권 또는 유아교육 서비스를 통해 받은 초과된 비용에 대해 빚을 지게됩니다. 청문회 이전에 혜택의 지급을 낮추거나 중단하시려면, 아래에 체크해 주십시오:

네, 낮추거나 중단하십시오:  현금보조  식품교환권  유아교육

귀하는 다음에 대한 청문회 결정을 기다리는 동안:

근로를 통한 복지 (Welfare to Work):

근로를 통한 복지활동에 참가하지 않으셔도 됩니다.

이 통지서를 발행하기 이전에 카운티에서 허가한 고용과 근로를 통한 복지활동에 대해 지불되는 유아교육비를 받으실수 있을지도 모릅니다.

다른 보조적인 서비스 지불금이 중단될것이라고 귀하에게 언급한 경우, 귀하가 비록 근로를 통한 복지활동에 참가하더라도 아무런 지불금도 받지 못할것입니다.

다른 보조적인 서비스에 대해 귀하에게 지불할것이라고 언급한 경우, 이 통지서에서 알려준 금액과 방법에 따라 지불될것입니다.

- 이러한 보조적인 서비스를 받으시려면, 카운티가 귀하에게 참가하라고 알려준 근로를 통한 복지활동에 반드시 참가하셔야 합니다.
- 만일 카운티의 보조적인 서비스 지불액이 청문회를 기다리는 동안 귀하가 근로를 통한 복지활동에 참가할수 있도록 도움이되지 못한다면, 근로를 통한 복지활동 참가를 중단하셔도 됩니다.

칼-런 (Cal-Learn):

- 카운티가 귀하에게 도움이 될수 없다고 언급한 경우, 귀하는 칼-런 프로그램에 참가할수 없습니다.
- 카운티는 단지 허가된 활동에 대해서만 칼-런 보조적인 서비스를 지불 할것입니다.

## 그밖의 정보사항

**메디-칼 관리의료 플랜 (Medi-Cal Managed Care Plan) 회원:** 이 통지서의 계획은 귀하가 관리의료 플랜 (managed care health plan)으로부터 서비스를 받는것을 중단 시킬지도 모릅니다. 의문사항이 있으시면, 의료플랜 회원 서비스에 연락해 보십시오.

**자녀양육비 또는 의료지원 (Child and/or Medical Support):** 지역 자녀 양육기관은 귀하가 현금보조를 받고있지않는 경우에도 투료로 양육비 징수를 도와드릴 것입니다. 만일 현재 자녀양육기관이 귀하를 위해 양육비를 징수하고 있다면, 귀하가 문서상으로 중단해줄것을 요청하지 않는 한 양육비 징수를 계속할것입니다. 자녀양육기관은 징수한 최근의 양육비를 귀하에게 보낼것이지만 지불기일이 지난, 카운티에 빚진 양육비도 계속 징수할것입니다.

**가족계획 (Family Planning):** 사회복지 사무소는 귀하가 요청하면, 가족 계획에 관한 정보를 제공해 드릴것입니다.

**청문회 서류 (Hearing File):** 귀하가 청문회를 신청하면, 주 정부 청문회 부서는 새로운 서류를 마련할것입니다. 귀하는 청문회 이전에 이 서류를 볼수있는 권리가 있으며, 늦어도 청문회가 열리기 2 일 전에는 귀하의 상황 (case)에 대한 카운티의 견해가 문서로 기록된 사본을 얻을 권리가 있습니다. 주 정부는 귀하의 청문회 서류를 사회 복지국 (Welfare Department) 그리고 연방 보건 복지부와 농부부 (U.S. Departments of Health and Human Services and Agriculture)에 보낼지도 모릅니다. (W&I 법전 10850 조와 10950 조)

## 청문회를 신청하시려면:

- 아래에 있는 청문회 신청서를 작성하십시오.
- 이 페이지의 전면과 후면을 복사해 귀하의 기록으로 보관하십시오. 직원에게 요청 하시면, 이 페이지의 복사본을 마련해 드릴것입니다.
- 이 페이지를 다음 주소로 보내시거나 가지고 가십시오:

또는

- 투료 전화번호: 1-800-952-5253 아니면** 전기통신장치 (TDD)를 사용하시는 언어나 청각장애인을 위한 전화번호, **1-800-952-8349**를 사용하십시오.

**도움을 받으시려면:** 위에 알려드린 주 정부 투료전화를 통해 청문회 권리에 관해 문의하시거나 또는 법률보조를 위한 추천을 신청하실수 있습니다. 지역 법률보조 사무실이나 사회복지권리 사무실에서 투료로 법률지원을 받으실 수도 있습니다.

청문회에 혼자 참석하고 싶지 않으시면, 친구 또는 다른 사람과 함께 오실수 있습니다.

### 청문회 신청서

카운티의 사회 복지부에서 내린 나에 관한 다음의 결정에 대해 청문회를 신청합니다:

현금보조!  식품교환권!  메디-칼

기타 (특록) \_\_\_\_\_

신청 이유: \_\_\_\_\_

여백이 좀더 필요하시면, 체크를 하시고 한 페이지를 첨부 하십시오.

주 정부에서 나를 위해 투료로 통역사를 준비해 주었으면 합니다. (청문회에서 친척이나 친구는 귀하를 위해 통역을 할수 없습니다.)

나의 언어 또는 지방 사투리: \_\_\_\_\_

혜택이 거절, 변경 또는 중단된 사람의 이름

생년월일	전화번호
------	------

주소 (STREET ADDRESS)

시 (CITY) 주 (STATE) 우편번호 (ZIP CODE)

서명	날자
----	----

이 서식을 작성하는 사람의 이름	전화번호
-------------------	------

나는 아래에 기록된 사람이 이 청문회에서 나를 대표하기를 바랍니다.  
나는 이 사람이 내 기록을 열람하고 나를 대표해 이 청문회에 참석하는 것을 허락합니다. (이 사람은 귀하의 친구 또는 친척일수 있으나 귀하를 위해 통역은 할수 없습니다.)

이름	전화번호
----	------

주소 (STREET ADDRESS)

시 (CITY) 주 (STATE) 우편번호 (ZIP CODE)